

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DIVA APARECIDA ROCHA

RISCO DE FRAGILIZAÇÃO DO IDOSO: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAUDE  
FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA

MARINGÁ

2019

DIVA APARECIDA ROCHA

RISCO DE FRAGILIZAÇÃO DO IDOSO: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAUDE  
FORTALECENDO A CONVIVÊNCIA COMUNITÁRIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de especialista, Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora Professora Dra. Susanne Elero Betioli

MARINGÁ

2019

*“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida,  
meu guia, a luz presente em todas as hora de alegrias e tristezas, ao meu pai  
José, minha mãe Filomena e aos meus irmãos.”*

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora Susanne Betiolli pela sua dedicação e paciência durante o projeto. Seus conhecimentos fizeram grande diferença no resultado final deste trabalho.

Ao meu professor orientador André Luís Candido da Silva, pelas valiosas contribuições dadas durante o projeto. Seus conhecimentos fizeram grande diferença no resultado final deste trabalho.

Em especial gostaria de agradecer a minha amiga Jimes Roberta, que sem seu apoio não teria chegado ao final de mais esta conquista.

A todos os meus amigos do curso de graduação que compartilham dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)

## RESUMO

O presente trabalho se trata de um projeto de intervenção, resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco, com atenção integral, equânime e contínua. Destaca-se a importância de estratégias voltadas ao cuidado à saúde do idoso, visto que o número de pacientes com idade maior ou igual a 60 anos corresponde 20% da população da área de abrangência de atendimento da equipe. Além disso, reforça-se a pactuação entre o serviço de atenção básica estadual e municipal e as redes de atenção ao idoso. Muitos idosos apresentam condições ou problemas de saúde que contribuem para a fragilização e perda da independência para a realização de atividades de vida diárias. Somam-se a essas fatores situações de desnutrição, piora do quadro de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, insuficiência renal, falta de cuidado e prosseguimento com o tratamento de catarata oferecido e de avaliação auditiva. Isso aumenta o risco de os idosos perderem a autonomia e independência, e evoluírem para a condição de fragilidade, tornando-se vulneráveis aos desfechos adversos. Desse modo, o objetivo geral do presente projeto de intervenção foi desenvolver ações de promoção à saúde aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde Quebec identificados com risco de fragilização no contexto da Atenção Primária à Saúde. Realizou-se uma pesquisa-ação, cuja primeira fase foi realizada o atendimento individual dos idosos aplicando o instrumento IVCF-20, conforme protocolo municipal. Os idosos foram estratificados quanto à vulnerabilidade clínico-funcional (frágil, em risco de fragilização ou robusto) e identificaram-se os principais fatores de fragilização dos idosos. Após identificado os fatores de fragilização, foi elaborada atividade de promoção à saúde, incluindo rodas de conversa sobre depressão e insuficiência familiar, sobre a rede de atenção ao idoso e instrumentos disponíveis de promoção à convivência comunitária com vistas à prevenção da depressão, e um chá da tarde de confraternização, momento em que foi apresentado o grupo de convivência de idosos da Casa de Emaús. Nesse último encontro foi entregue aos participantes um porta-recados de geladeira, confeccionado pela equipe. Observou-se que houve melhora na qualidade de vida dos idosos, conforme relatos e informações dos próprios usuários durante os atendimentos seguintes.

**Palavra chaves:** Depressão. Idoso. Idoso fragilizado. Promoção da saúde. Centros comunitários para idosos.

## **ABSTRACT**

This paper is an intervention project, the result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. The Family Health Strategy (FHS) seeks to promote the quality of life of the Brazilian population and to intervene in factors that put health at risk, such as lack of physical activity, poor diet and tobacco use, with comprehensive, equitable and continuous attention. . We highlight the importance of strategies aimed at health care for the elderly, since the number of patients aged 60 years or older corresponds to 20% of the population in the area covered by the team. In addition, the agreement between the state and municipal primary care services and the elderly care networks is reinforced. Many elderly have health conditions or problems that contribute to the weakening and loss of independence to perform daily life activities. Added to these factors are situations of malnutrition, worsening of chronic diseases such as hypertension and diabetes, renal failure, lack of care and continuation with the offered cataract treatment and hearing evaluation. This increases the risk of the elderly losing autonomy and independence, and evolving into frailty, making them vulnerable to adverse outcomes. Thus, the general objective of the present intervention project was to develop health promotion actions for the elderly assisted at the Quebec Primary Health Care Unit identified with risk of weakening in the context of Primary Health Care. An action research was conducted, whose first phase was performed the individual care of the elderly applying the IVCF-20 instrument, according to municipal protocol. The elderly were stratified by clinical-functional vulnerability (fragile, at risk of weakening or robust) and the main factors of weakness of the elderly were identified. After identifying the weakening factors, a health promotion activity was elaborated, including discussion circles on depression and family insufficiency, on the elderly care network and available instruments to promote community life with a view to preventing depression, and a tea. the afternoon of fraternization, when the elderly group of Casa de Emmaus was introduced. At this last meeting, the participants were given a fridge message rack, made by the team. It was observed that there was an improvement in the quality of life of the elderly, according to reports and information from the users themselves during the following visits.

Keywords: Depression. Old man. Elderly frail. Health promotion. Community centers for the elderly.

## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

AGA - avaliação geriátrica ampla

ESF - Estratégia de Saúde da Família

E.V.A.- Espuma Vinílica Acetinada

IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA.....	16
1.2	OBJETIVOS.....	17
1.2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
1.2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
<b>2.</b>	<b>REVISAO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
2.1	EPIDEMIOLOGIA E CONCEITOS.....	19
2.2	ASPECTOS CLÍNICOS, FISIOPATOLÓGICOS E SOCIAIS RELACIONADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVO.....	20
2.3	ATENÇÃO PRIMARIA.....	23
<b>3.</b>	<b>MATERIAIS E METODOS .....</b>	<b>26</b>
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	26
3.2	CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	26
3.3	POPULAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO.....	26
3.4	LOCAL E RECURSOS UTILIZADOS.....	27
3.5	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
<b>4.</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	31
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>32</b>
	<b>APENDICE 1 – FORMULÁRIO IVCF-20.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

As atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Entre as atribuições, destacam-se a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos aos riscos e vulnerabilidades; realização de cuidado à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); e realização de ações de atenção à saúde conforme a necessidade da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local. **(BRASIL,2014)**

A Unidade Básica de Saúde em que atuo situada no município de Maringá apresenta uma população de 4895 pessoas, sendo 969 idosos, dos quais 352 são hipertensos 282 são diabéticos. Trata-se de usuários frequentes da Unidade Básica de Saúde, devido aos problemas de saúde decorrentes de complicações das doenças crônicas. O território de abrangência da equipe de estratégia em saúde da família tem boa estrutura urbana com saneamento básico, acesso ao transporte urbano, moradias de qualidade, centro de convivência comunitária, praças, academias da terceira idade, igrejas e comércio local que atende às necessidades da população. Tendo em vista o perfil sócio familiar dos usuários, percebe-se um maior índice de adoecimento da população idosa, apesar dos recursos disponíveis na comunidade, idosos adoecendo por solidão, abandono familiar e social.

Destaca-se a importância de estratégias voltadas ao cuidado à saúde do idoso, visto que o número de pacientes com idade maior ou igual a 60

anos corresponde 20% da população da área de abrangência de atendimento da equipe. Além disso, reforça-se a pactuação entre o serviço de atenção básica estadual e municipal e as redes de atenção ao idoso. Uma das atividades da rede de atenção é a estratificação do idoso quanto ao risco de fragilização, através da avaliação multidimensional do idoso, sendo que essa avaliação se inicia por meio de instrumento próprio denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) (SESA, 2018, p.107).

A avaliação multidimensional do idoso, também chamada avaliação geriátrica ampla (AGA), é considerada como o padrão ouro para o manejo da fragilidade do idoso. Diversas evidências têm demonstrado sua efetividade em relação aos custos para o sistema e para os resultados de saúde. Por abranger avaliações dos domínios físico, funcional, cognitivo e social, é um processo que demanda tempo e equipe capacitada, não sendo, portanto, procedimento indicado para todos os idosos indiscriminadamente, mas para aqueles que apresentam algum grau de fragilidade. (SESA, 2018, p.107)

Muitos idosos apresentam condições ou problemas de saúde que contribuem para a fragilização e perda da independência para realização de atividade de vida diárias. Somam-se a esses fatores situações de desnutrição, piora do quadro de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, insuficiência renal, falta de cuidado e prosseguimento com o tratamento de catarata oferecido e de avaliação auditiva. Isso aumenta o risco de os idosos perderem a autonomia e independência, e evoluírem para a condição de fragilidade, tornando-se vulneráveis aos desfechos adversos. Por isso, destaca-se a importância de ações de promoção à saúde voltadas para essa população.

## 1.2. OBJETIVO

### 1.2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver ações de promoção à saúde aos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde Quebec identificados com risco de fragilização no contexto da Atenção Primária à Saúde.

### 1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a saúde dos idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde de referência com estratégia de saúde da família quanto ao risco de fragilização e adoecimento;
- Identificar os principais fatores que fazem parte do processo saúde doença dos idosos;
- Definir quais idosos estão em risco de fragilização ou já estão fragilizados;
- Identificar as doenças que mais influenciam no processo saúde doença dos idosos e planejar ações de promoção à saúde para essa população.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA E CONCEITOS

Segundo as Nações Unidas, em 2015 viviam no mundo 901 milhões de indivíduos com idades de 60 anos e mais. Este número deve aumentar para 1,4 bilhões em 2030 e para 2,1 bilhões em 2050. Embora seja previsto aumento substancial do número de idosos em virtualmente todos os países entre 2015 e 2030, este crescimento deve ser maior nas regiões em desenvolvimento. Para o Brasil, cuja população idosa em 2010 representava 11,7% da população geral, projeta-se aumento deste percentual para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 (SESA, 2018; ONU, 2015).

Os problemas de saúde e dificuldades funcionais em idades avançadas são caracterizados por múltiplas e inter-relacionadas alterações nos sistemas celulares e orgânicos, e frequentemente têm sido descritos dentro dos marcos conceituais da fragilidade. Esse conceito foi introduzido na literatura há cerca de 20 anos, para identificar idosos com maior chance de desenvolver desfechos negativos de saúde e para encorajar uma melhor avaliação da heterogeneidade desta população. Estes complexos problemas demandam uma nova abordagem por parte dos sistemas de saúde, que envolve o reconhecimento, avaliação e manejo da fragilidade por equipe multidisciplinar, através da avaliação geriátrica. Para isto, é necessário que os profissionais estejam preparados para identificar condições próprias do envelhecimento em seu estágio prodromico, quando ainda é possível revertê-los (SESA, 2018).

Segundo a Linha Guia de Saúde do Idoso da Secretaria de Saúde do Paraná (2018), a saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem, muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios. O componente clínico-funcional da fragilidade está melhor estruturado, mesmo que ainda não seja consensual. Integra os determinantes

biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos (saúde mental) responsáveis pelo declínio funcional em idosos.

O envelhecimento aumenta o risco de problemas de saúde (senilidade) relacionados às doenças e causas externas (tais como traumas e acidentes), que, usualmente encontram-se associados (comorbidades múltiplas), sendo considerados como os principais determinantes das incapacidades nos idosos. Por outro lado, o envelhecimento normal (senescência), também pode estar associado ao declínio das reservas homeostáticas e maior vulnerabilidade às agressões. Isso ocorre principalmente através da ativação imunológica, gerando um estado pró-inflamatório crônico, que favorece o desenvolvimento da síndrome da sarcopenia, traduzida como redução da capacidade aeróbica e muscular, considerada o principal elemento do fenótipo da fragilidade. As incapacidades, por sua vez, comprometem mais ainda as reservas homeostáticas, gerando um ciclo vicioso auto-perpetuante, associado à progressão das incapacidades, hospitalização e óbito (SESA, 2018).

Conforme Ramos et al (2015) no Brasil, entre idosos comunitários, a prevalência de sintomas depressivos varia em média de 13 a 39%, o que indica maior prevalência de sintomas depressivos em comparação com taxas relatadas na literatura internacional, cuja média situa-se em torno de 13,5%.

## 2.2 ASPECTOS CLÍNICOS, FISIOPATOLÓGICOS E SOCIAIS RELACIONADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS

A psiquiatria do idoso diferencia-se da psiquiatria geral do adulto em vários aspectos. Nessa fase da vida, existem fatores estressores mais frequentes e mais intensos, destacando-se as doenças físicas agudas ou crônicas, o uso de medicações, a perda de autonomia e mudanças na imagem corpórea. Há também fatores estressores sociais e familiares, como aposentadoria ou morte do cônjuge, que trazem isolamento e privação psicológica. Como fator biológico significativo, existe o aumento da prevalência das demências, as quais, muitas vezes, são precedidas por sintomas depressivos e ansiosos. Apesar disso, transtornos mentais não são mais comuns na população geriátrica do que na população jovem, com exceção de *delirium*

e demência. Atualmente, define-se demência como condição na qual ocorre decréscimo cognitivo comparado a um nível prévio do indivíduo, com comprometimento de suas funções sociais e funcionais. (FAVARO; VON BISMARCK, 2009; PARMERA; NITRINI, 2015).

A depressão geriátrica em geral ocorre no contexto de condições clínicas que predisõem ou desencadeiam essa condição, como infarto agudo do miocárdio, ou em outras situações clínicas em que a relação causal com a depressão é menos evidente. De qualquer forma, a gravidade e a limitação geradas pela doença de base são fatores de risco para essa condição (FAVARO; VON BISMARCK, 2009).

Hartmann Júnior e Gomes (2014) em seu estudo relacionam o processo de envelhecimento com uma diminuição gradual na qualidade de vida e o surgimento de estados depressivos. Apesar desses fatores não estarem necessariamente relacionados, destaca-se que o envelhecimento deve ser compreendido como um fenômeno biopsicossocial e que atinge o homem e toda a sua existência na sociedade. Trata-se, portanto, de um processo irreversível marcado pelas experiências vividas, pelas particularidades da cultura e é visto culturalmente como um período de declínio das funções biológicas e cognitivas. Essas situações de desamparo podem contribuir para que este contexto mude, como por exemplo, o cotidiano institucional (HARTMANN JÚNIOR; GOMES, 2014).

Em determinados casos o processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que conduz à confusão no diagnóstico. Neste contexto, Hartmann Júnior e Gomes (2014) afirmam que a ocorrência de depressão pode ser associada aos fatores como idade, estado civil, classe social e condições sociais. É uma condição que afeta todos os indivíduos em alguma fase de suas vidas, seja como humor transitório ao se sentir abatido ou melancólico, ou como uma forma mais séria, que pode prejudicar ou não seu desempenho físico e psicológico.

Nesta fase da vida, a relação de depressão e demência é complexa porque ocorrem separados ou simultaneamente (até 50% dos pacientes com Alzheimer têm depressão). O diagnóstico diferencial entre quadros iniciais de demência e de depressão é mais difícil quando o padrão vegetativo é similar: perda de interesse,

energia, dificuldade de concentração, agitação ou retardo psicomotor. Sintomas psíquicos (humor depressivo, tristeza, pessimismo, culpa e sentimentos de menos-valia) em vez de sintomas físicos podem ser úteis na diferenciação, já que pertencem preferencialmente à esfera depressiva (FAVARO; VON BISMARCK, 2009).

É importante lembrar que comorbidades psiquiátricas em pacientes clínicos podem levar à complicação e a mortalidade conforme afirmam Favaro e Von Bismark (2009). As comorbidades psiquiátricas estão associadas à outras patologias, tais como doenças cardiovascular, doenças crônicas pulmonares, renais e hepáticas, artrite, anemia, doenças tireoidianas e desnutrição. A atenção a essas patologias pode contribuir para melhorar a qualidade de vida e a longevidade desses pacientes.

Segundo Souza et al (2015) o aumento da população idosa, tanto no Brasil como no mundo, está provocando transformações de toda ordem, sejam econômicas, sociais, na saúde, no lazer, e também, nas relações afetivas, familiares ou não. Da mesma forma, a transição do estado adulto para a velhice é um processo que gera novas demandas. Entre elas, destaca-se a necessidade de maior apoio familiar, com a principal função de garantir ambiente confiável e seguro, no qual a pessoa idosa possa se manter autônoma, independente e ativa e a família tem papel fundamental.

Ainda segundo Souza et al (2015) as mudanças sociodemográficas e culturais, tais como o aumento da longevidade das pessoas, a redução da taxa de fecundidade, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais, ao longo dos anos, repercutiram na configuração da família. Essas mudanças tiveram consequências na fragilização do suporte familiar, o que comprometeu a função da mesma, afetando sua capacidade de acolhimento às pessoas com menor autonomia, que dependem do apoio e cuidado familiar. Se a família não tem condições psicológicas, sociais, ou nem mesmo recursos financeiros ou humanos para cuidar de seu familiar idoso, esse fica exposto às situações de morbidade. Nesse contexto a insuficiência familiar encontra terreno fértil, o que pode prejudicar as condições de vida da pessoa idosa e comumente levá-la à institucionalização e separação de seus familiares (SOUZA et al, 2015).



Assim, Souza et al (2015) relaciona um novo conceito na literatura específica, a insuficiência familiar, a qual ainda está se ajustando para seu real significado. Destaca-se a importância de explorar o tema, com o intuito de despertar e mobilizar profissionais da saúde e sociedade, principalmente a família, para seu papel diante desse risco, visto que a insuficiência familiar está diretamente ligada aos relacionamentos humanos. Identificaram-se os atributos definidores ou críticos do conceito insuficiência familiar na pessoa idosa, caracterizando-se como processo de interação psicossocial de estrutura complexa, fundado em dois elementos definidores: baixo apoio social e vínculo familiar prejudicado (SOUZA et al,2015).

O apoio social é importante para o bem-estar individual ao longo da vida; todavia, pode ser de particular relevância na vida mais tardia, quando os desafios ocupacionais, econômicos, funcionais e de saúde tendem a aumentar. Dessa forma, o apoio social, emocional e/ou instrumental, como ajuda financeira, transporte, auxílio nos trabalhos domésticos e na doença, pode ter diferentes associações com o bem-estar da pessoa idosa (AMARAL et al, 2013). Afinal, uma rede social insuficiente somada às dificuldades financeiras ou má saúde física podem acarretar uma situação de vida tensa, contribuindo para o sofrimento psicológico experimentado pela pessoa idosa (SOUZA et al, 2015).

A insuficiência familiar traduz, portanto, a perda da capacidade da família de prover os cuidados e dar apoio e suporte ao idoso, por ausência ou por falta de condições. Não deve ser confundida com negligência ou abandono, pois muitas vezes, apesar do desejo de oferecer o cuidado necessário, as condições da família não permitem que isto seja feito. A violência contra a pessoa idosa é usualmente resultante da presença de fragilidade clínico-funcional e fragilidade sócio familiar (SESA, 2017).

## 2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA

Conforme diretrizes do cuidado da pessoa idosa de 2014, a organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde é uma diretriz do SUS orientada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que apresenta os fundamentos

conceituais e operativos essenciais a esse processo de organização, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. Outro marco organizacional é o Decreto nº 7.508, de 20 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Destaca-se a agenda estratégica do Ministério da Saúde para o período de 2011-2015, que contemplou, no objetivo estratégico, o cuidado da população idosa com o seguinte texto: “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2014).

A partir disso, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa definiu como uma de suas prioridades a construção de uma proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS. A atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença (BRASIL, 2014).

É necessário também incluir em todas as etapas de organização do cuidado a garantia do acesso, o acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que a mesma se traduza em responsabilização e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares (BRASIL, 2014).

O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível do sujeito em questão (BRASIL, 2014; SESA, 2018).

A organização do cuidado das pessoas idosas deve ser articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. Para garantir a qualidade da atenção, é necessário assegurar recursos humanos suficientes e capacitados, reforçando a necessidade de investimento na formação profissional e educação permanente. O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas idosas, o combate ao estigma, à violência e ao preconceito, assim como

a garantia da equidade de gênero e raça devem nortear toda a ação voltada à pessoa idosa (BRASIL, 2014).

O modelo de atenção prevê também estímulos à participação dos usuários do SUS. A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde e a mesma tem o potencial para estimular a organização comunitária e a autonomia das famílias (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

O instrumento IVCF-20, juntamente com a avaliação multidimensional do idoso, é utilizado na rede de atenção à saúde do idoso com a função de identificar os idosos em risco de fragilização e os frágeis, a fim de auxiliar no estabelecimento de condutas norteadoras do cuidado ao idoso. Trata-se de um protocolo conforme Linha Guia do Idoso 2018, o qual possibilita melhor atuação das equipes de atenção à saúde da pessoa idosa (SESA, 2018).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Segundo Baldissera (2001) a pesquisa-ação (investigação-ação) provém das ciências sociais, concebida como estratégia metodológica utilizada para incentivar a participação dos envolvidos nos processos de planejamento e desenvolvimento. A pesquisa-ação, como método de conhecimento da realidade, tem utilizado várias matrizes teóricas. Sua principal característica é a intervenção, que se presta tanto à ação educativa, como conscientizadora com os envolvidos no processo de pesquisa. Na pesquisa-ação acontece simultaneamente o “conhecer” e o “agir”, uma relação dialética sobre a realidade social desencadeada pelo processo de pesquisa.

#### **3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

A metodologia aplicada se utilizou da análise qualitativa dos dados obtidos através da avaliação de saúde dos idosos em atendimento específico em atividade coletiva. Essa ação ocorreu após a identificação dos idosos em condições de risco de fragilização e ou fragilidade pelo instrumento IVCF-20 e avaliação multidimensional. Foi elaborado um plano de ação com base na promoção e educação em saúde, visando intervir no processo saúde doença, de modo a promover a prevenção de complicações da saúde dos idosos.

#### **3.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO**

A população da pesquisa-ação incluiu os idosos, que representou 36% daqueles cadastrados e que tinham um percentual de adesão abaixo de 50%. A maior parte os idosos usuários somente utilizavam serviços de dispensação de medicamentos e de outros procedimentos de enfermagem, como por exemplo vacinação. Contribuiu para a baixa adesão outro fator, em que se percebeu muitos idosos que possuem plano de saúde suplementar.

#### **3.4 LOCAL E RECURSOS UTILIZADOS**

Para realização do plano de intervenção foi utilizada a estrutura física da Unidade Básica de Saúde Quebec, incluindo consultório médico, computador,

impressora, instrumento impresso de estratificação de risco do idoso conforme protocolo municipal e linha guia do idoso (SESA, 2018), recursos áudio visuais na realização de atividade de promoção à saúde e estrutura física do Centro de convivência comunitária Casa de Emaus, bem como matérias para confecção de lembrancinhas a serem entregues aos idosos na atividade final em comemoração ao dia do idoso.

Além da preparação do tema a ser trabalhado nas atividades, a equipe de saúde em conjunto confeccionou uma porta recado de geladeira utilizando prendedor de madeira, tinta, E.V.A. decorativo, fita de ímã magnetizado, cola para E.V.A.

### 3.5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a primeira fase dessa proposta de intervenção foi realizado o atendimento individual dos idosos aplicando o instrumento IVCF-20 conforme protocolo municipal, para a identificação dos idosos conforme estratificação de risco de fragilidade, frágil ou robusto; e também se identificaram quais os principais fatores de fragilização dos idosos nesse grupo avaliado.

Após identificado os fatores de fragilização, elaboraram-se as atividades de promoção à saúde em três etapas (encontros):

- Para o primeiro encontro - Foi proposta uma roda de conversa sobre depressão no idoso e insuficiência familiar;

- Para o segundo encontro - Foi proposta uma roda de conversa sobre a rede de atenção ao idoso e instrumentos disponíveis de promoção à convivência comunitária como estratégia de prevenção da depressão no idoso;

- Para o terceiro encontro - Foi proposto um chá da tarde de confraternização entre os idosos, em comemoração ao dia nacional do idoso, momento em que foi apresentado o grupo de convivência de idosos da Casa de Emaús. Nesse encontro, entregou-se a lembrancinha (porta-recados de geladeira), confeccionada pela equipe de saúde.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Foram identificados 969 idosos cadastrados, dentre eles 352 eram hipertensos, 282 eram diabéticos e 23 eram somente diabéticos. Contou-se com a participação de 355 idosos e usuários frequentes da Unidade Básica de Saúde, devido aos problemas de saúde decorrentes de complicações de doenças crônicas. Entre os usuários, 15 idosos foram estratificados como frágeis devido às complicações e à polifarmácia, 110 encontravam-se em risco de fragilização devido às queixas de sintomas de alteração de humor e tristeza e queixa de ausência da família, e os demais foram classificados como robustos.

Nos atendimentos individuais realizados para 355 idosos (frágeis e em risco de fragilização), perceberam-se reações de tristeza quando foram questionadas as atividades diárias em que o idoso perdeu sua autonomia e aumentou sua dependência ou co-dependência, até mesmo crises de choro quando abordada a necessidade de auxílio de familiares.

Com base nesses dados levantados foram elaboradas as atividades de promoção à saúde. Quando abordado em cada encontro um tema relacionado à promoção da saúde desses idosos, observou-se que a necessidade de atenção e independência dos mesmos foram os principais fatores relatados.

Conforme afirmam Maciel et al (2012) a autonomia pode ser definida como a liberdade para agir e tomar decisões no dia a dia, relacionada à própria vida e à independência, podendo também ser entendida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa. Para tanto, os idosos necessitam de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas, porém, o envelhecimento traz a diminuição gradual da capacidade funcional, a qual é progressiva e piora com o avançar da idade.

### 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES DAS INTERVENÇÕES

Na elaboração das atividades observou-se que existem instrumentos de convivência comunitária, em que os idosos podem executar atividades que

incluam movimento corporal, atividades físicas, leitura, jogos, atividades ocupacionais, de modo a contribuir para evitar ou postergar a demência senil precoce e a depressão.

No primeiro encontro participaram 45 idosos os quais compreenderam sobre a importância do trabalho, do que se trata a depressão e como lidar com o conceito da família moderna. No segundo encontro tivemos a participação da assistente social a qual destacou a importância de se utilizar os serviços e instrumentos disponíveis da comunidade, a fim de evitar a solidão e se socializar no segundo encontro participaram 25 idosos e no terceiro encontro de encerramento participaram 40 idosos.

No terceiro encontro foi abordado o tema em comemoração ao dia do idoso e sobre ser feliz com essa fase e contou com a participação de toda equipe multiprofissional. Realizou-se um chá da tarde servido com alimentos compartilhados que os idosos puderam contribuir, mostrando o quanto o mesmo é importante para sociedade, valorizando seus atributos. Pode-se perceber a felicidade estampada nos seus rostos, inclusive houve a participação de idosos que somente iam a UBS para consulta médica, alguns até dependentes de visita domiciliar pela dificuldade de deambular. Foi importante para eles perceberem que podem participar de atividades na comunidade, elevando a autoestima dos mesmos.

Conforme Camboim et al (2017) o hábito da prática de atividade física proporciona ao idoso estilo de vida saudável, preservando autonomia e liberdade para tarefas cotidianas, resultando em independência prolongada. Apresenta relevância perante o decréscimo de pontos negativos ocasionados pelo envelhecimento nos processos fisiológicos e psicológicos, minimizando riscos ao estresse, depressão e perda da capacidade funcional. Os benefícios decorrentes da prática regular de atividade física encontram-se caracterizados nos domínios físico, mental e social na vida da idosa, propiciando liberdade de locomoção, interação social e lazer.

Quando foi tratado o tema da depressão e necessidade de auxílio observou-se que os idosos compreenderam que devem buscar ajuda, pois aumentou a procura do serviço de saúde para orientações. Quando no segundo encontro foi tratado o tema da convivência comunitária percebeu-se um aumento da procura dos centros de

convivência pelos idosos, como a Casa de Emaús que, há um ano tinha apenas seis frequentadores, e hoje conta com 25 idosos frequentadores assíduos.

Segundo Alves (2014) os grupos de convivência de idosos vão ao encontro da promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservar as capacidades e o potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015). Para os idosos representam, portanto, uma das alternativas de espaço institucionalizado onde os idosos podem desenvolver-se, socializar-se com outras pessoas, além de contribuir com a autoestima e melhoria da qualidade de vida, pelo sentimento de pertencimento, não apenas ao grupo, mas também à sociedade.

E finalmente, observou-se a melhora do quadro de depressão de idosos que participam dessas atividades, com a percepção de relatos em atendimentos posteriores.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento leva à diminuição gradual na qualidade de vida e ao surgimento de estados depressivos, principalmente envolvendo doenças características como demência senil. Aliado à essa condição encontra-se o abandono afetivo, em que as pessoas se encontram na sociedade atual onde o convívio pessoal e familiar fica cada vez mais distante, o que tem contribuído para piorar os estados depressivos da pessoa idosa.

A atenção básica atua nos diferentes ciclos da vida e na fase geriátrica, em que além do próprio processo de envelhecer é frequente a presença de doenças crônicas e agudas, com complicações. Portanto, os idosos têm sido um público que demanda atenção, pois a procura desse público por atendimento é intensa e diária.

Reconhecer os fatores que contribuem para o desenvolvimento de sintomas depressivos pode proporcionar a atuação por meio de intervenção direcionadas a esses fatores, como a insuficiência familiar e social, a dificuldade de autocuidado e independência.

A partir da proposta de convívio comunitário e a busca por serviços que auxiliam no autocuidado e na promoção da independência, bem como os encaminhamentos aos serviços especializados, observou-se a evolução positiva desses pacientes idosos, diminuindo o risco de fragilidade dos mesmos.

### 5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Na implementação de estratégias de trabalhos com idosos pode ser avaliado o grau de mudança do perfil e da classificação de risco dos mesmos, no sentido de observar se ocorreu melhora da independência e da participação comunitária. A contribuição dos idosos é importante para elaboração de planos de cuidados, considerando que se trata de uma fase do ciclo da vida com público cada vez maior, a fim de promover o autocuidado e saúde mental, postergando assim a demência senil.

## REFERÊNCIAS

ALVES,D.S. **O envelhecimento e a importância da convivência social e familiar: Estudo sobre um Grupo de Convivência na cidade de Cruz das Almas- Bahia** TCC Disponível em: [file:///C:/Users/Diva/Documents/Danielle%20dos%20Santos%20Alves%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Diva/Documents/Danielle%20dos%20Santos%20Alves%20(1).pdf) Acesso em 08/11/2019

AMARAL,F.L.J.S.; GUERRA,R.O.; NASCIMENTO,A.F.F. ; MACIEL,A.C.C. Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2011 **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(2):335-346, abr-jun 2013.

CAMBOIM,F.E.F.; NÓBREGA,M.O.; DAVIM,R.M.B.; CAMBOIM,J.C.A.; NUNES,R.M.V.; OLIVEIRA,S.X. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(6):2415-22, jun., 2017

**DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL** XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. BRASIL, MS,2014. Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf) ACESSO EM 24/08/2019

FAVARO ,V.F, ANN VON BISMARCK, M. **Peculiaridades da psiquiatria no idoso.** Disponível em : [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1834/peculiaridades\\_da\\_psiquiatria\\_no\\_idoso.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1834/peculiaridades_da_psiquiatria_no_idoso.htm) Acesso em 07/02/2019

FERREIRA,O.G.L.; MACIEL,S.C.M.; COSTA,S.M.G.; SILVA,A.O.; MOREIRA ,M.A.S.P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 513-8.

HARTMANN JÚNIO,J.A.S.; GOMES,G.C. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade **Rev. SBPH vol.17** no.1, Rio de Janeiro – Jan./Jul. – 2014 disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v17n2/v17n2a06.pdf> acesso em 24/10/2019

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. EUA: WHO, 2015. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2015. Highlights. United Nations. New York, 2015. 15 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241. Disponível em: <https://SBGG.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/> Acesso em 28/08/2019.

OLIVEIRA,J.C.A.;TAVARES,D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(3):774-81

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso** . – 1 ed. - Curitiba: SESA, 2018.

PARMERA JB, NITRINI R. Demências: da investigação ao diagnóstico /. **Rev Med** (São Paulo). 2015 jul.-set.;94(3):179-84.

RAMOS,G.C.F.;CARNEIRO,J.A.;BARBOSA,A.T.F.;MENDONÇA,J.M.G.;CALDEIRA, A.P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr**. 2015;64(2):122-31.

SOUZAI,A.; , PELEGRINI,T.S.; RIBEIRO,J.H.M.; PEREIRA,D.S.; MENDES,M.A. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura **Rev Bras Enferm**. 2015 nov-dez;68(6):1176-85.